



**LABORERS HEALTH AND WELFARE TRUST FUND
FOR NORTHERN CALIFORNIA**
220 Campus Lane, Fairfield, CA 94534-1498
Teléfono: (707) 864-2800 o Gratuitamente at 1-800-244-4530
Correo electrónico: customerservice@norcalaborers.org
Sitio de Web: http://www.norcalaborers.org

FUND OFFICE USE ONLY (610)

EFF. DATE:

HCID: **LA**

ELIGIBILITY CODE/GROUP NO.:

FORMA DE INSCRIPCION DEL PLAN DENTAL – PLANES ACTIVOS

INFORMACION DEL PARTICIPANTE (Por favor imprima claramente utilizando una pluma)

NUMERO DE SECURO SOCIAL	PRIMER NOMBRE	MEDIO	APELLIDO	
DOMICILIO RESIDENCIAL		CIUDAD	ESTADO	CODIGO POSTAL
NUMERO DE TELEFONO ()	UNION LOCAL	FECHA DE NACIMIENTO		
		MES	DIA	ANO
		<input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO		ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> MASCULINO <input type="checkbox"/> FEMININO

OPCIONES DE LOS PLANES DENTALES

IMPORTANTE: Usted y sus dependientes deberán inscribirse en el mismo Plan de Beneficios. Marque solamente un cuadro.

Delta Dental. Libertad de utilizar cualquier dentista que escoja, sin embargo paga gastos menos del propio bolsillo cuando escoja una dentista Delta Dental.

Delta Care USA. Usted debe que escoja un dentista de la lista de Oficinas Dentales Participando con delta Care USA:
Nombre del Dentista: _____ NU. De Dentista: _____

Bright How!/Newport Dental. Usted debe que escoja un dentista de la lista de Oficinas Dentales participando con Bright How!/Newport Dental.
Nombre del Dentista: _____ NU. De Dentista: _____

Pacific Unión Dental. Usted debe que escoja un dentista de la lista de Oficinas Dentales participando con Pacific Unión Dental _____ NU. De Dentista: _____

INFORMACION DE DEPENDIENTE (Haga una lista de todos los dependientes que va a inscribir. Use el reverso si necesita mas espacio)

ESCRIBA EL PRIMER NOMBRE Y INICIAL 2 NOMBRE (Y ALPELLIDO SI ES DIFERENTE DEL PARTICIPANTEE)	FECH DE NAC. MES / DEA / ANO	RELACION DEL DEPENDIENTE	FUND OFFICE USE ONLY
1.		CONYUGE	
2.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE
3.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE
4.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE
5.		<input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> HIJA	<input type="checkbox"/> ESTUDIANTE

Entiendo que una vez que haya seleccionado un plan, no puedo cambiar a otro plan hasta la Inscripción Abierta siguiente. Acuerdo será limitado por los beneficios, deducciones, copagos, exclusiones y otros términos del acuerdo del plan. Su solicitud no será aceptada sin su firma debajo. Devuelva por favor esta Forma de Inscripción a la oficina del Fondo.

Importante: Si usted se inscrito en Destacare USA o Pacific Unión Dental, y tiene una queja con alguno de estos proveedores de servicio, uste y el Plan Dental serán sujetos al arbitraje obligatorio.

Fecha: _____ Firma del Participante: _____

FUND OFFICE USE ONLY (Por favor no escriba en este espacio)

<input type="checkbox"/> NEW EMPLOYEE <input type="checkbox"/> OPEN ENROLLMENT <input type="checkbox"/> COBRA - DATE OF QUALIFYING EVENT _____	REMARKS: DATE: _____ BY: _____
---	-----------------------------------